

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mars 1898, à 1 heure.

PAR

Constantin D. SIDÉRIDIS

Né à Carpénisse (Grèce) le 23 avril 1874

KYSTES HYDATIQUES

DE LA

GLANDE MAMMAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. KIRMISSON, professeur.

HUMBERT et WALTHER, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Mars 1898, à 1 heure.

PAR

Constantin D. SIDÉRIDIS

Né à Carpénisse (Grèce) le 23 avril 1874

KYSTES HYDATIQUES

DE LA

GLANDE MAMMAIRE

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges ; MM. KIRMISSON, professeur.

HUMBERT et WALTHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL
Matière médicale et Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	FOUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchement	N.
	PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	REITTERER.
ALBARRAN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BONNAIRE.	LETULIE.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARRIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEYANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Mon Père

A M. le Docteur Lannelongue

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

A M. le Docteur Lande

Médecin des hôpitaux de Bordeaux. — Médecin légiste
Chevalier de la Légion d'honneur

A M. le Docteur Auché

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux

A mes anciens Maîtres

De la Faculté de médecine de Bordeaux

A M. le Docteur Vitrac

Ex-interne des hôpitaux de Bordeaux
Ancien chef de Clinique chirurgicale

A M. le Docteur Bousquet

Ex-interne des hôpitaux de Bordeaux
Médecin résident des mêmes hôpitaux

**A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS**

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. le Professeur Tillaux

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté
de médecine de Paris

Chirurgien de la Charité

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Nous saisissons avec joie l'occasion unique, qui s'offre à nous de témoigner publiquement notre reconnaissance à nos maîtres de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Nous remercions nos maîtres de l'hôpital. M. le Professeur Lannelongue, M. le Dr Lande, M. le Professeur agrégé Villar, M. le Dr Verdalle, M. le Dr Bouvet, M. le Professeur agrégé Auché. Nous adressons à nos Professeurs l'expression de notre plus sincère gratitude.

Nous rendons tout particulièrement hommage de profonde reconnaissance à M. le Professeur Lannelongue, au service duquel nous avons débuté comme externe. Nous sommes très heureux de la direction qu'il a donnée à nos études chirurgicales ; nous n'oublierons jamais les circonstances qui nous ont permis d'apprécier sa rare bonté pendant l'année que nous avons passée comme externe à son service.

Nous n'oublierons jamais aussi la bonté dont a toujours fait preuve à notre égard M. le docteur

Lande, chez qui nous avons passé notre seconde année d'externat. Nous serons heureux de mettre en pratique les savants principes médicaux que notre excellent maître nous a donnés. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, ainsi qu'à M. le professeur Tédénat de Montpellier, qui nous a rendu le précieux service de nous envoyer les deux observations inédites que nous publions plus loin.

Nous tenons à remercier ici M. le professeur P. Tillaux, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Je n'aurais garde de vous oublier, chers maîtres et amis, qui de près ou de loin, vous êtes si souvent intéressés à moi.

Le sujet qui va nous occuper sera divisé en huit chapitres :

- I. — *Historique* ;
- II. — *Etiologie* ;
- III. — *Anatomie pathologique* ;
- IV. — *Pathogénie* ;
- V. — *Symptômes* ;
- VI. — *Traitement* ;
- VII. — *Observations* ;
- VIII. — *Conclusions*.

Historique

Les kystes hydatiques de la mamelle ont été longtemps confondus avec les kystes simples du sein.

Ainsi que le dit Velpeau dans son traité des tumeurs du sein, « on citait autrefois beaucoup de cas de kystes hydatiques et presque pas de kystes simples tandis qu'aujourd'hui on ne cite presque pas de kystes hydatiques, mais plusieurs kystes simples. » Cela tient à ce que le nom d'hydatide n'était pas réservé à la vésicule produite par l'échinocoque mais était employé dans son sens étymologique de vésicule remplie de liquide aqueux. C'est ainsi que Astley Cooper (1) reconnaît trois sortes d'hydatides du sein. La troisième espèce comprend, à n'en pas douter, les kystes à échinocoques :

« La troisième espèce de kyste hydatide que l'on
« rencontre dans le sein constitue un être doué d'une
« vie propre. Cette hydatide est globulaire, elle con-
« siste en une poche contenant un liquide, elle n'a
« point de connexion vasculaire avec les parties envi-
« ronnantes et produit dans sa cavité une multitude
« de poches semblables à elle.

(1) A. Cooper. Œuvres complètes. Traduction de Richelot et Chassaing.

« On rencontre souvent un grand nombre de ces
« hydatides dans le foie. »

Il en décrit la structure des deux parois dont l'une est semblable à de l'albumine feuilletée ; il n'y a pas de doute, il s'agit bien de kystes à échinocoques.

De Hæn aurait d'après M. Pierre Delbet (Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, VI, p. 223), publié la première observation de kyste hydatique du sein.

En France, Dupuytren, Bérard, Velpeau, Malgaigne, Bermond et plus récemment M. le professeur Le Dentu ont fixé les caractères des kystes hydatiques de la mamelle.

En Angleterre, Cooper Forster, Bransby Cooper, Gardner en ont rapporté des observations. Astley Cooper et Birkett en ont fait le sujet de leurs leçons.

En Allemagne nous trouvons le mémoire de Graefe, les thèses de Lauenstein, de Fischer et de Bansi.

Dans le traité de clinique de MM. Duplay et Reclus ces kystes font l'objet d'un chapitre. L'auteur, M. Delbet, signale 24 observations de kyste hydatique extra-mammaires, mais en réalité parmi les premiers 2 cas celui de Gerdy et celui de Velpeau (ou de Saucerotte c'est le même) sont des cas de kystes ayant leur point de départ en dehors du sein et n'ayant envahi la glande que secondairement.

Nous avons pu nous convaincre que certains cas

signalés dans d'autres statistiques ont été reproduits sous deux rubriques différents.

Nous avons pu recueillir 33 observations bien distinctes de kystes intra-mammaires ; les trois plus récentes, inédites, sont dues à l'obligeance de M. le docteur Vitrac, chef de clinique chirurgicale de la faculté de Bordeaux et de Monsieur le professeur Tédénat de Montpellier, que nous ne saurions trop remercier pour sa haute bienveillance. — Ces 33 observations ne sont pas toutes très nettes ; dans quelques-unes (Moutet, Fréteau, A. Cooper) la description est si brève qu'il faut se rapporter simplement à l'affirmation de l'auteur pour savoir si le kyste observé était véritablement un kyste à échinocoques.

Nous ne rapportons ces cas douteux que pour que notre essai soit aussi complet que possible.



Étiologie

Les kystes hydatiques de la mamelle sont rares.
Bergmann (Dorpater med. jeitschrift 1871 p. 73)
sur 102 cas de kystes hydatiques note 15 kystes du
sein.

Frey (thèse de Berlin 1882) sur un total de 780
cas trouve :

Foie.....	47 0/0
Poumon.....	12 »
Rein.....	10 »
Cavité crânienne.....	9 »
Petit bassin.....	4 1/2
Os.....	3 1/2
Organes génitaux (Masc. et fém.)....	4 1/2
Mamelle.....	2 »
Yeux.....	2 »
Moelle.....	1 1/2

Bøker (Thèse de Berlin 1868) dans la statistique
de l'hôpital de la Charité de Berlin, remarque que
depuis 10 ans il a vu 33 kystes à échinocoques dont
14 chez la femme dont pas un seul ne siégeait dans la
mamelle.

Finsen (arch. gén. Méd. 1869) sur 181 cas observés en Islande où les kystes hydatiques sont fréquents n'a rencontré qu'une fois le kyste dans la glande mammaire.

En Australie où les kystes hydatiques sont également très fréquents nous ne trouvons qu'une observation, celle de *Gardner*.

A *Bordeaux*, le voisinage des Landes fournit un fort contingent de kystes hydatiques, aussi trouvons nous 3 cas de kystes de la mamelle ; ce sont ceux de *Bermond*, *Dubourg-Brindel* et *Lanelongue-Vitrac*.

Il ne faut d'ailleurs retenir qu'un fait, c'est l'extrême rareté des kystes hydatiques de la mamelle, quant aux statistiques, elles ne sont pas très concluantes. Si tous les cas de kyste du sein ont été relevés, il n'en a pas été de même probablement pour ceux du foie, beaucoup plus communs.

Sexe. — C'est toujours chez la femme que ces kystes ont été observés, sauf le cas de *Gerdy*, où il s'agissait d'un enfant de 3 ans ; mais ce cas est loin d'être net ; il n'est pas prouvé que ce fut un kyste qui se soit développé dans la glande mammaire.

En voici l'observation :

Observation

Gerdy

(Bulletins de l'Académie de Médecine. 1844-45, p. 517)

Un enfant de 3 ans portait au sein gauche une tumeur étendue de la clavicule au niveau de l'appendice xyphoïde et du sternum jusqu'au-delà du bord axillaire du scapulum qu'elle recouvrait.

Cette tumeur formait une saillie ferme aussi prononcée qu'un très gros sein de femme ; elle portait une cicatrice qui était le résultat d'une application caustique. Elle était douloureuse, fluctuante et s'accompagnait de fièvre ; on porta le diagnostic d'abcès ; par l'incision il s'écoula de la sérosité claire et des hydatides. La tumeur diminua de moitié, la plaie une fois refermée, nouvelle opération, ablation d'une partie de la tumeur (un huitième environ) que Gerdy présente à l'Académie.

Cette tumeur est formée d'un tissu blanc grisâtre, ferme comme du squirrhe, contenant beaucoup de kystes et de vésicules d'inégale grosseur.

Age. — Sur les 28 observations où l'âge de la malade est rapporté, nous voyons que 11 fois la malade avait de 20 à 30 ans au moment où elle a été examinée, 7 fois de 30 à 40 ans, 8 fois de 40 à 45 ans.

une seule était âgée de 60 ans, mais à quel âge avait débuté le kyste ? C'est ce qu'il est impossible de savoir.

Rapports avec la grossesse. — Dans 21 observations seulement nous trouvons des renseignements sur les grossesses antérieures, douze femmes avaient eu plusieurs enfants, deux femmes avaient eu un seul enfant et sept n'avaient jamais été enceintes.

Le kyste hydatique de la mamelle peut donc se développer sans qu'il y ait jamais eu période de lactation.

Traumatisme. — Enfin le développement du kyste dans deux cas seulement (Bérard, Lenzi) a suivi un traumatisme de la mamelle. L'influence du traumatisme n'est donc pas évidente.



Anatomic pathologique

Le kyste hydatique siège indifféremment dans l'un ou l'autre sein ; c'est ainsi qu'il a été signalé 13 fois à gauche et 12 fois à droite ; il se développe en un point quelconque du sein en dedans ou en dehors, en haut ou en bas.

Dans un seul cas (celui de White), le kyste du sein coexiste avec un kyste situé en une autre région. Dans ce cas en effet il y avait un kyste de la mamelle gauche et un kyste du deltoïde du même côté.

Dans la plupart des cas la tumeur est arrondie ou ovoïde ; cependant dans le cas de M. Brindel elle était allongée et dans celui de M. Vitrac elle avait la forme d'un 8.

Le volume varie de celui d'un pois à celui d'une noix de coco. Le plus fréquemment le kyste a le volume d'un œuf. Dans le cas rapporté par M. Vitrac, le kyste était gros comme deux œufs de poule accolés bout à bout.

La forme appelée kyste hydatique alvéolaire dans laquelle la végétation est exogène au lieu d'être endogène, forme que l'on rencontre dans le foie et les os, n'avait pas encore été signalée dans le sein. Le fait de Tédénat, peut-être, le fait de Goinard, à coup sûr, en sont des exemples.

Dans 10 observations il est spécifié que le kyste

était uniloculaire, qu'il n'y avait pas de vésicules filles. Dans le cas de White il n'existait qu'une vésicule fille. Dans 13 cas il y avait plusieurs vésicules, 6 ou 7 dans celui de Gardner, 30 dans celui de Hôppener, 68 dans celui de Lauenstein.

Struchrie. — Les kystes hydatiques de la mamelle ont la structure commune à tous les kystes hydatiques, on trouve en allant de dehors en dedans ;

1^o) Une paroi externe conjonctive, encroûtée de dépôts calcaires et développée aux dépens des tissus qui avoisinent le kyste, glande ou tissu conjonctif. (Couche peri kystique).

2^o) Une paroi analogue à l'albumine mal cuite, opaline, demi transparente, formée de couches stratifiées non vasculaires, amorphes. (Couche externe ou cuticule).

3^o) Une paroi interne granuleuse, framboisée qui donne naissance à des vésicules et à des échinocoques. (Couche interne. Germinative : Giralaldès. Fertile : Robin).

Ce sont bien là les couches trouvées sous le microscope dans l'observation de M. Vitrac. Dans cette observation M. Vitrac décrit en allant de dedans en dehors :

1^o) Une couche formée de lamelles réfringentes, disposées au nombre d'une cinquantaine environ et formant une épaisseur de $1/2$ millimètre, c'est la paroi propre de l'hydatide.

2°) Une couche de même épaisseur formée de tissu conjonctif entièrement densifiée. L'absence des vaisseaux, la rareté des éléments cellulaires et la disposition uniforme du tissu conjonctif dans cette partie de la coupe rappellent les fibromes lamelleux.

3°) Du tissu cellulaire lâche est interposé entre la couche précédente et le tissu glandulaire. Il contient de nombreux vaisseaux et des cellules peu volumineuses, assez abondantes, disséminées ou agglomérées. On trouve aussi en certains endroits des îlots graisseux; en d'autres des amas de cellules plus volumineuses que les précédentes, entourées d'une zone conjonctive plus épaisse. Quelques-unes d'entre elles, disposées en ordre, paraissent circonscrire un espace libre. Ce sont là peut-être les vestiges d'acini ou de tubes glandulaires.

4°) Une couche de tissu glandulaire. Selon les régions examinées les culs-de-sac sont absolument normaux ou bien les cellules épithéliales qui bordent leur lumière sont déformées, quelquefois tassées par suite d'un léger degré de prolifération. Autour des éléments glandulaires, acini ou canaux, le tissu conjonctif est par endroits très abondant. Cette sclérose périglandulaire a du reste une disposition irrégulière; elle ne paraît pas beaucoup plus accusée dans le voisinage du kyste, tandis qu'elle est très nette autour de certains canalicules qui, très dilatés et déformés en sont plus éloignés. Ce caractère joint à l'hyper-

plasie conjonctive péricanaliculaire rappelle l'aspect de certains fibromes du sein.

En résumé, il y a un léger degré d'irritation de la glande se traduisant par l'hyperplasie conjonctive beaucoup plus que par les altérations de l'épithélium glandulaire.

Liquide. — Sur 16 observations où la nature du liquide est indiquée 12 fois, ce liquide était limpide, transparent, contenant des crochets et des têtes. Quatre fois le liquide était purulent.

Quel est le siège exact du kyste hydatique ? Se développe-t-il au milieu du tissu conjonctif ou en plein tissu glandulaire ?



Pathogénie

Où l'hydatide se développe-t-elle primitivement ? Dans les conduits glandulaires ou dans le tissu conjonctif périglandulaire ?

Cette question semble n'avoir pas été tranchée jusqu'à présent : les documents histologiques étant absents ou incomplets. Le cas étudié par M. J. Vitrac (obs. 33) va nous servir à combler cette lacune : les acini glandulaires étaient à une certaine distance de la membrane kystique, séparés par une couche conjonctive densifiée. La glande était repoussée et non dissociée envahie ou détruite par le kyste. Evidemment, on ne peut pas tirer d'une analyse histologique quelque soigneuse qu'elle ait été des arguments absolument suffisants : dans la membrane adventive du kyste des épithéliums glandulaires peuvent subsister, sans que leur présence ait aucune signification dans un vieux kyste qui peu à peu a augmenté son volume aux dépens des organes voisins. Dans un kyste très jeune, il n'en serait pas de même, cette présence aurait quelque valeur. Mais, le cas dont nous parlons n'est pas de ceux-là.

Par contre, il est dans l'anatomie pathologique comparée des faits qui ne sont pas sans valeur, et qui

croions nous permettent de penser que l'embryon parasite n'est pas venu échouer directement dans le tissu glandulaire.

Quelle voie en effet lui permettrait d'y arriver ? Les conduits galactophores ?

Mais alors il faudrait admettre une inoculation par le mamelon et la migration ascendante par les canaux jusque dans la glande : Ceci est déjà exceptionnel pour les bacteries, à plus forte raison le serait-ce pour un embryon exacanthé. Et puis quel mode d'inoculation pourrait-être invoqué ? L'usage pour la toilette d'une eau souillée ? L'infection par la langue d'un chien ? Ils s'agirait alors d'un cas analogue à celui de Meinert ; Mais l'authenticité de celui-ci est douteuse (Meinert in. J. Vitrac kystes hydatiques du thyroïde : Rev. chirurgie p. 425 V et IX 1897). Cesont là de simples suppositions, assez improbables.

La voie sanguine seule peut, à notre avis, charrier le parasite jusque dans le sein : et il est probable qu'il sort des vaisseaux au niveau des mailles qui entourent les *acini*. Là, il est dans les espaces lymphatiques qui englobent les culs de sac, à une certaine distance par conséquent, de la base des épithéliums ; or. le premier phénomène déterminé par la présence de l'embryon hexacanthé dans les tissus, est une réaction conjonctive, et non une destruction de ces tissus. Donc, aucune raison ne permet de supposer que cet embryon, apporté seulement dans

le voisinage des épithéliums, arrive jamais dès le début à franchir leur coque anhiste pour se développer ensuite à leur niveau, dans la lumière de l'acinus.

Ainsi, la physiologie comparée nous paraît fournir un sérieux appui aux données de l'anatomie pathologique.



Symptômes

En général, les malades constatent par hasard dans l'une de leurs mamelles, l'existence d'une petite tumeur du volume d'un pois ou d'une noix, régulière, mobile, dure. Cette tumeur augmente progressivement, sans accoups, lentement, et met plusieurs années pour atteindre le volume d'un œuf ou d'une pomme.

Quand elle atteint ce volume, la tumeur a les caractères suivants :

La peau qui la recouvre ne présente dans certains cas, aucun changement de coloration. La peau est libre, mobile sur la tumeur ; parfois cependant, sans qu'il y ait suppuration, la peau est déprimée et adhérente à la tumeur, sans toutefois qu'il y ait de retraction du mamelon (excepté dans le cas de Goinard et Sergent.

Sauf les cas où l'inflammation a gagné les tissus périkystiques, le kyste est mobile sur les plans sous-jacents de l'aponévrose pectorale, mais fixé à la glande qu'il entraîne dans les mouvements.

La tumeur est ordinairement régulière, circonscrite, non diffuse, dans 4 cas elle était bosselée. Ces bosselures ne sont évidemment dues à la poche kys-

tique que dans des cas rares (Tédénat, Goinard où il s'agit d'un kyste alvéolaire), mais le plus souvent elles sont produites par le tissu glandulaire refoulé ; dans plusieurs observations il est en effet spécifié que la présence d'un revêtement de tissu glandulaire a gêné l'examen de la tumeur. Dans les premiers temps de son évolution la tumeur est dure, ligneuse, puis vient la fluctuation. Cette fluctuation toujours évidente lorsque le kyste est suppuré l'est bien moins dans le cas contraire. Sur 13 cas de kystes hydatiques non suppurés dont la consistance est signalée, 6 fois la fluctuation était nette, 4 fois la consistance était molle et pâteuse, 3 fois ferme, élastique.

Le frémissement hydatique n'est presque signalé par aucun observateur, peut-être parcequ'il n'a pas été toujours recherché.

Dans plusieurs observations on a noté la présence d'une adénopathie axillaire ; cette adénopathie est due probablement à l'irritation des tissus péri-kystiques, aux poussées inflammatoires. Cette adénopathie est un symptôme important à retenir car sa présence peut induire en erreur ; elle n'a pas d'ailleurs de caractères propres, il y a un ou 2 ganglions augmentés de volume durs ou mous, indolores ou non à la pression. Dans la majorité des cas cet engorgement ganglionnaire est absent.

Les kystes hydatiques de la mammelle même non suppurés sont douloureux, cette douleur va de

la simple gêne, de la sensation de tiraillement à la douleur lancinante, elle est spontanée, non provoquée par la pression mais elle se manifeste plus nettement quelques instants après que la tumeur a été l'objet de manipulation.

Cette douleur peut être si vive que dans un cas de A. Cooper la malade a réclamé l'intervention chirurgicale.

Quelle est la cause de cette douleur ? Dans certains cas rares elle se manifeste dès la période de début et est probablement due à la compression des filets nerveux qui se trouvent dans le tissu cellulaire. A la période d'état, au bout de quelques années, les douleurs sont plus fréquemment signalées ; souvent elles surviennent par crises, elles sont accompagnées d'un accroissement de volume de la tumeur. Elles doivent être liées alors à cet accroissement rapide de volume ou bien à une poussée inflammatoire avortée n'allant pas jusqu'à la suppuration. Ce qu'il faut retenir, c'est que même en dehors de tout accident inflammatoire le kyste hydatique de la mamelle est presque toujours douloureux.

Le kyste, nous l'avons déjà vu, peut suppurer.

Cette suppuration est assez fréquente puisqu'elle est notée 6 fois sur les 33 observations que nous avons rassemblées. Cette suppuration survient ordinairement assez tard, plusieurs années après le début. La tumeur devient douloureuse, augmente de volume, la

peau prend une teinte érythémateuse, puis très lentement elle s'ulcère et il s'écoule un pus liquide contenant les produits du kyste ; la suppuration persiste plusieurs mois jusqu'à ce que la paroi de la vésicule mère ait été expulsée.

Quoique la suppuration ne soit pas rare, dans la majorité des cas elle ne se produit pas et l'évolution du kyste hydatique de la mamelle se caractérise par son extrême lenteur. Le début est insidieux, incon nue de la malade, le kyste reste longtemps stationnaire, puis augmente progressivement de volume, mais d'une façon très lente, et c'est ainsi que dans certaines observations le kyste existe depuis 8, 11, 20 ans sans avoir un volume supérieur à celui d'un œuf de poule et sans aboutir à la suppuration.

Cette évolution ne s'accompagne d'aucun retentissement sur l'état général, la santé reste excellente même dans les cas où le kyste suppuré est ulcéré.

Localement la présence du kyste ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel de la glande et dans quelques cas les malades ont pu allaiter sans aucune gêne malgré l'existence d'un kyste déjà ancien.

En résumé, les kystes hydatiques de la mamelle présentent deux périodes au point de vue de leur aspect clinique et de leur évolution.

Dans la première période le kyste est gros comme une noisette, régulier, dur, parfois indolore, mobile, ne s'accompagne d'aucune modification de la peau, ni d'au-

cun retentissement ganglionnaire. Cette période peut durer très longtemps, 8, 10 ans, en général 4 ou 5 ans.

Dans la 2^e période le kyste gros comme un œuf de poule est vaguement fluctuant, douloureux, s'accompagne assez souvent d'adhérence à la peau quelquefois de retentissement ganglionnaire.

Diagnostic. — *Le diagnostic* devra être fait à ces deux périodes et présente de telles difficultés que dans les 33 observations que nous avons rassemblées il n'a jamais été fait.

Les diagnostics portés ont été ceux d'adénome, adénofibrome, adénome kystique, kyste, mammite chronique, cancer. Gardner et Vitrac seuls ont soupçonné chez leurs malades le kyste hydatique mais ne l'ont pas formellement diagnostiqué, se basant sur le développement des parties kystiques de la tumeur et sur le fait que la malade habitait une région où les échinocoques sont communs.

Dans la première période de leur évolution, c'est aux tumeurs bénignes du sein que les kystes hydatiques ressemblent le plus ; ils en ont la forme arrondie, la consistance ferme, la mobilité parfaite, l'indolence. A une période plus avancée, l'apparition de la douleur, l'adhérence à la peau, les ganglions axillaires, les ulcérations pourrait le faire imposer pour une tumeur maligne. (Le Dentu, Höppener).

Quand le kyste a suppuré on pourra le prendre pour de la mammite chronique (Goirard et Sergent).

On pourra soupçonner le kyste hydatique lorsque il en existe déjà un sur un point du corps comme dans le cas de White, mais c'est là une très rare exception.

Pour A. Cooper il existe des signes presque pathognomoniques, ce sont la fluctuation, l'absence de douleurs, l'induration de la glande autour du kyste ; pour M. Pierre Delbet la régularité du kyste lorsqu'il est devenu volumineux, mais nous avons vu dans les observations de Vitrac, Brindel, Tédénal, Goinard cette régularité manquer ; nous savons que la douleur est un symptôme assez fréquent à la période d'état, et que la fluctuation peut souvent manquer.

Le frémissement hydatique n'a pas été encore signalé ; il n'existe donc qu'un signe pathognomonique c'est l'examen du liquide retiré par la ponction lorsque ce liquide présente les caractères des kystes hydatiques, et que semblable à de l'eau de roche il renferme des crochets.

Le diagnostic de kyste hydatique posé, reste à faire le diagnostic topographique : déterminer, c'est-à-dire si on a affaire à un kyste hydatique développé dans la glande mammaire, ou bien à un kyste développé dans un des organes voisins et venant faire saillie à la région mammaire.

On a en effet des observations dans lesquelles, le kyste hydatique avait pris naissance sous le muscle

grand pectoral. cas de Graefe (1) ; le kyste était intrathoracique dans le cas de Schneep (2) ; c'était un kyste du foie dans le cas de Landau (3).

Traitement

Les traitements employés ont été :

1° La ponction.

1° Le séton.

3° L'incision avec drainage.

4° La décortication de la poche kystique après incision préalable.

5° L'excision de la partie de la glande mammaire avoisinant le kyste.

6° L'amputation totale du sein.

La ponction simple est un moyen d'exploration mais pas un moyen de guérison car le kyste se reproduit peu de temps après avoir été évacué (A. Cooper). Par contre la ponction suivi d'injections de teinture d'iode au tiers, de solution de sublimé au 1/1000^e, d'alcool, puis du massage de la tumeur et d'évacuation du

(1) Arch. gén. de Méd., T. XVI, p. 593, 1823.

(2) Centralb. für Chir., 1876.

(3) Leopold Landau. Arch. f. Gynäk, T. VIII, p. 350.

liquide, serait un moyen à employer pour des kystes franchement liquides et uniloculaires.

Le séton ou le drainage au moyen de deux ouvertures est insuffisant car, les vésicules filles et à plus forte raison la vésicule mère ne peuvent passer par ces ouvertures. Or, si nous examinons toutes les observations, nous voyons la guérison définitive survenir seulement après l'expulsion de la poche hydatique.

L'incision simple avec drainage donne des guérisons durables, mais il faut attendre que la poche se soit éliminée par la suppuration, ce qui demande 1 à 2 mois.

Pour obtenir une guérison rapide, il faut donc avoir recours d'emblée à l'excision de la poche qu'il y ait ou non suppuration du kyste.

L'amputation totale du sein (Leleux, Graefe et Walther, Roux) dépasse le but.

La décortication simple de la poche (Birkett, Féderat) est souvent difficile car le tissu glandulaire avoisinant le kyste est induré et adhérent aussi vaut-il mieux avoir recours à l'excision cunéiforme avec rapprochement et suture immédiate qui a donné à Lenzi, Vitrac, Goinard, Brindel la guérison en 10 jours avec réunion par première intention.

OBSERVATIONS

Observation 1

Roux

(Journal général de Sédillot 1828) (d'après Bansi)

Une jeune fille avait une tumeur grosse et assez dure dans le sein gauche. Accroissement progressif de la tumeur depuis 7 à 8 ans. Tension et quelques douleurs. Amputation du sein. Il y avait un sac rempli d'hydatides

Observation 2

Graefe et Walther

(Journal der chirurg X. p. 376. 1828) (d'après Bansi)

Jeune fille de 25 ans se plaignant depuis plusieurs mois de douleurs dans la mamelle droite, fut examiné par Graefe qui trouva dans le sein droit une tumeur mamelonnée grosse comme un œuf de poule qui ressemblait à un squirrhe de la

mamelle profondément situé. Le développement de la glande gênait du reste l'examen.

La tumeur était le siège de douleurs violentes qui poussèrent la malade à solliciter une intervention. L'incision laissa s'échapper une grande quantité de vésicules rondes, blanches comme du lait.

Guérison en 8 semaines.

Observation 3

Dupuytren

Revue médicale française et étrangère 1829, p. 359

Femme de 30 ans, elle porte depuis 20 mois à la partie antérieure et interne du sein gauche une tumeur qui, survenue sans cause connue, avait au moment de son entrée à l'hôpital le volume d'un œuf de dinde. Elle causait peu de douleur était assez molle, presque fluctuante, et sans changement de couleur à la peau. La malade était fraîche et bien portante. En pratiquant l'incision on constata qu'il s'agissait d'un kyste contenant de la sérosité transparente et plusieurs hydatides. Suppuration peu abondante. Guérison rapide.

Observation 4

Fréteau

(Journal général de Sédillot 1830) (d'après Bansi)

Fréteau rapporte que Darbefeuille chirurgien de l'hôpital de Nantes a enlevé un sein qui contenait de nombreuses hydatides.

Observation 5

White

(Lancet 1838-1839 XXX VI p. 216)

Femme de 60 ans, entre à l'hôpital de Nottingham en 1838. Elle présente deux tumeurs du volume d'une noisette occupant l'une le sein dans sa partie supéro-externe, l'autre le bras gauche au niveau de l'insertion du deltoïde. Ces tumeurs ont progressivement grossi depuis 4 ans.

Etat général mauvais. Tumeurs mobiles, molles, pas très sensibles au moins pour des explorations légères et de peu de durée. Insuccès de traitements externes successifs par l'iode, l'emplâtre mercuriel etc.

Incision de la tumeur brachiale : cavité irrégulière contenant un liquide séro purulent et une hydatide grosse comme une fève. Quelques jours après, incision de la tumeur mammaire qui présente les mêmes caractères.

Guérison des deux poches obtenue lentement après suppuration et bourgeonnement.

Observation 6

Bérard

(Diagnostic différentiel des tumeurs du sein, 178, Paris 1842)

Plusieurs mois après une chute sur le sein droit la malade présente de la douleur et une augmentation de

volume de cet organe. — 8 mois après l'accident, le sein avait doublé de volume et présenta à la partie supéro externe une teinte érysipélateuse de la peau, puis de la fluctuation et enfin un suintement séreux.

Au moment où Bérard, voit la malade le sein est très dur, il est encore augmenté d'un $\frac{1}{3}$ de son volume normal ; à travers l'orifice par où se fait le suintement on aperçoit une membrane blanche, résistante, semblable à du blanc d'œuf coagulé. On l'enlève, c'est une poche de kyste hydatique présentant la structure lamelleuse caractéristique mais ne contenant pas de vésicules.

Bérard dissèque la membrane externe cartilagineuse développée aux dépens du tissu de la glande.

25 jours après la cicatrisation est complète.

Observation 7

Asfley Cooper

(Œuvres chirurgicales. — Traduction de Chassaignac et Richelot, p. 519)

Observation communiquée par M. Bayfeld

Mistres Sarah Cornish, âgée de 44 ans, portait au sein gauche une tumeur qui avait déjà le volume d'une aveline lorsqu'elle s'en aperçut pour la première fois. Cette tumeur augmenta graduellement de volume pendant 11 mois sans douleur. La santé générale resta intacte et la menstruation régulière.

La tumeur kystique fut enlevée. Plusieurs années après la mamelle n'était le siège d'aucune douleur et elle était restée exempte de toute récurrence.

Observation 8

(Idem)

Mistres B..., cliente de M. Kaine de Hampsterd s'aperçut dans le printemps de 1822, qu'elle portait au sein une tumeur de volume d'une noisette. Elle éprouvait dans le sein malade une sensation de froid et un peu de malaises, de temps en temps un fourmillement se faisait sentir le long du bras jusque dans les doigts du côté correspondant. Au premier aspect, la tumeur semblait entièrement solide au toucher.

La malade s'aperçut pour la première fois de la présence de cette tumeur après s'être exposé à un courant d'air provenant d'une fenêtre ouverte. La tumeur continua à se développer pendant un an et demi. On employa sans aucun résultat les sangsues et les topiques mercuriels et savonneux.

En juillet 1823 ayant reconnu de la fluctuation au centre de la tumeur j'y pratiquai une ponction qui donna issue à un liquide limpide. Peu de temps après le liquide se reproduisit. En conséquence on plaça un séton et au bout de quelque temps le kyste s'élimina presque en totalité.

Depuis cette époque la maladie n'a pas récidivé, mais lorsque l'atmosphère est humide le sein est encore le siège d'un peu de malaise.

Et plus loin A. Cooper ajoute :

Mistres B. . . , portait probablement une hydatide de cette 3^e espèce (à échinocoques) car s'il s'agissait d'une simple hydatide celluleuse il n'y aurait pas eu élimination de poche hydatique et les parois celluluses se seraient unies d'elles mêmes.

Observation 9

Astley Cooper

Illustrations of the diseases of the Breast, London 1829

A. Cooper étudiant le développement des échinocoques en général rapporte qu'il y a dans la collection de Saint-Thomas Hospital une hydatide qui a été chassée du sein en même temps que le pus d'un abcès développé dans la glande.

Observation 10

Brausby Cooper

(Guys Hospital Reports octobre 1846)

Une veuve de 40 ans avait depuis 11 ans remarqué une tuméfaction dans le sein droit ; depuis 3 ans cette tumeur était devenue douloureuse, formant une saillie peu considé-

nable, bien limitée, d'un diamètre de 3 pouces. Elle paraissait fluctuante.

En octobre 1846 Brausby Cooper enleva la totalité de la glande et la tumeur. Il y avait dans l'hydatide des crochets nageant dans un liquide transparent, clair comme de l'eau de roche et quelques échinocoques.

Observation 44

Malgaigne

(Gazette des Hôpitaux, 1853, p. 356)

Femme de 42 ans, n'a jamais rien présenté d'anormal du côté des seins. Il y a 6 ans, elle constate à la partie inférieure du sein gauche une tumeur grosse comme un pois, d'augmentation lente qui a cessé depuis un an, pas de douleurs.

A son entrée à l'hôpital, la tumeur a le volume d'un œuf de pigeon ; elle est mobile sur les tissus sous-jacents, mais adhérente à la peau qui est déprimée au milieu de la tumeur, coloration normale de la peau, pas de fluctuation, mais résistance, la pression n'est pas douloureuse, il n'existe pas de ganglions dans l'aisselle,

Incision, évacuation d'un liquide séreux, expulsion d'une hydatide ; encision d'une partie de la poche ; guérison.

ObServation 12

Cooper Forster

(Guy's Hospital, reports, 1856)

Une femme mère de plusieurs enfants, remarqua à l'âge de 23 ans une petite tumeur du sein droit alors qu'elle était enceinte de son premier enfant. Six ans après la femme entra à Guy's Hospital, dans le service de Cooper Forster et Birkett.

La tumeur était toujours restée indolore ; elle était intérieurement unie au prolongement axillaire de la glande et formait une saillie de 4 pouces de diamètre. Elle était mobile, élastique, résistante mais nettement fluctuante, sensible à la pression. Forster après incision de la peau enleva une hydatide et de nombreuses vésicules filles agglomérées ; les crochets étaient abondants et le liquide avait les caractères bien connus.

ObServation 13

Moutet

(Mémoires et observations de chirurgie clinique
Montpellier 1858)

Nous n'avons pu nous procurer le mémoire de Moutet. Nous tenons à citer l'observation de Moutet,

car elle figure dans toutes les statistiques de kystes hydatiques du sein. Nous sommes donc forcés de transcrire simplement le résumé que Bansi dans sa thèse a donné de cette observation.

Femme de 47 ans ; a eu deux enfants bien portants ; elle présente une tuméfaction volumineuse et dure à son pourtour.

Incision pratiquée par Serre, tamponement, injection d'une solution iodée, d'éther, etc..., séton ; après 9 mois, la guérison n'était pas encore obtenue.

Observation 14

Bermond

(Gazette des Hôpitaux, 1860, p. 270)

Femme de 34 ans. Tumeur du sein droit datant de 8 ans, apparue peu de temps après un accouchement au début grosseur d'un pois, très mobile, augmente de volume tout en restant indolente, ne gêne pas l'allaitement pendant 2 grossesses postérieures.

Un mois avant l'entrée à l'hôpital de Bordeaux abcès du sein droit ; l'incision a donné issue à une matière blanche comme du lait ; il est resté un trajet fistuleux.

Au moment de l'examen, la tumeur a le volume d'une grosse pomme ; fluctuante ; le mamelon est déprimé, la peau plissée, adhérente ; trajet fistuleux déjà signalé ; pas

Sidéridis

de ganglions axillaires. Une ponction donne issue à du liquide semblable à de l'eau de roche; les jours suivants réaction inflammatoire écoulement de pus par l'orifice de la ponction.

Six jours après la ponction, incision sur la sonde cannelée; il faut inciser une certaine épaisseur de tissu glandulaire; il sort un flot de pus jaune et bien lié, application d'un sêton composé de bandelettes de linge et destiné à rapprocher les parois de la poche. Il s'ensuit une rétention de pus.

Le 9 décembre, extraction d'un bouchon qui empêche l'écoulement du pus et qui n'est autre que la poche hydatique elle-même. Si on la distend, on voit qu'elle a le volume d'une orange, qu'elle est formée d'un tissu blanc lisse et poli semblable à de l'albumine coagulée, d'une épaisseur de $\frac{1}{3}$ de centimètre et formée de feuillets parallèles, qu'il est facile de séparer.

Pas de vésicules filles.

La malade, revue 2 mois plus tard, est complètement guérie.

Observation 15

Mitchell Henry

(Lancet, 1861. 23 novembre)

Mary Ann M..., 28 ans, mariée, mère de 4 enfants, admise le 12 février 1861 pour une tumeur qu'elle a depuis 5 ans. Sa santé a toujours été bonne, bien que dans sa jeu-

nesse elle ait eu le ver solitaire. Elle mangeait beaucoup de jambon de porc, mais elle le mangeait bien cuit. Elle ne se souvient pas d'avoir jamais reçu de coup sur cette partie du corps. Jusqu'à il y a 2 ans, la tumeur, grosse comme une noisette, n'avait pas été le siège de douleurs, mais elle se mit à augmenter, en même temps apparurent des douleurs lancinantes qui s'irradiaient à l'épaule et au bras du même côté.

15 jours avant l'entrée de la malade, on découvrit dans le creux axillaire une petite masse douloureuse à la pression.

On constate un état général bon, une corpulence moyenne. A la partie interne et inférieure du sein gauche, existe une tumeur ronde, lobulée, de consistance ferme, élastique, de la grosseur d'une orange moyenne, donnant une sensation vague de fluctuation, mobile sur les tissus environnants, légèrement douloureuse surtout après les manipulations.

Dans le creux axillaire, 2 ganglions engorgés qui faisaient souffrir la malade plus que la tumeur elle-même ; pas de ganglions dans le creux sus-claviculaire.

Le 20 février, opération sous chloroforme. La tumeur était tout à fait distincte de la glande mammaire mais lui était reliée par des tractus fibreux. Légère hémorrhagie, pansement à l'arnica.

La malade part guérie le 27^e jour.

En incisant la tumeur, on trouva une once de liquide opalescent avec une hydatide grosse comme une noisette contenue dans un sac. Il y avait d'autres hydatides plus petites attachées à sa surface. Les parois étaient épaisses. Au microscope, crochets nombreux.

Observation 16

Bryant

(Pathological transactions, London, 1865, p. 599)

Marie H..., 30 ans, entre à Guy's Hospital, elle a eu trois enfants nourris au sein, le dernier a 8 ans.

Depuis 5 ans, elle présente au sein gauche une tumeur grosse comme une noix, dure, profondément enfoncée ; le sein a surtout grossi dans les 12 derniers mois.

La tumeur est mobile et indolore, elle a acquis finalement le volume d'une noix de coco, occupe la partie supérieure du sein, dont, on la détache difficilement. Le diagnostic fut réservé.

Ponction exploratrice, puis incision, qui permit d'enlever une grosse vésicule contenant 17 onces de liquide ; d'autres vésicules filles et des crochets. Guérison au bout de 25 jours.

Observation 17

Birkett

Lancet, 1867, I, p. 263. (Traduction personnelle)

Une femme mariée, âgée de 24 ans, entra à l'hôpital le 7 novembre 1866. Jamais de sa vie elle n'avait été malade,

quoique de constitution délicate. 4 ans auparavant elle donna naissance à 2 jumaux mort-nés et depuis n'eut pas d'autre grossesse ; elle n'a donc jamais allaité.

Lors de son entrée elle était cachectisée, ce qu'elle attribuait à sa maladie locale ; règles régulières, jamais de douleurs aux seins pendant les époques menstruelles.

En décembre 1865, elle remarqua accidentellement une petite tumeur dure, sise dans les lobes sternaux de la glande mammaire droite, tumeur qui grossit peu à peu sans douleur ; à la consultation externe de l'hôpital où la malade se rendit à ce moment-là, cette tumeur fut considérée comme un kyste à contenu liquide.

En octobre 1866, la peau qui recouvrait la tumeur devint rouge ; celle-ci d'ailleurs avait fait saillir les téguments, avait grossi et pour la première fois était devenue douloureuse. La peau rougit et s'ulcéra en 4 endroits. Pendant 3 ou 4 jours, il se fit une évacuation de pus de bonne nature jusqu'à ce qu'une vésicule hydatique vint se montrer et fut enlevée. Dès lors, la cicatrisation se produisit sans nouvel incident et fut définitive.

Les commentaires, dont Birkett fait suivre cette observation, dans sa leçon clinique, indiquent nettement qu'il s'agissait d'un kyste à échinocoque.

Observation 18

Le Dentu

(Gazette médicale de Paris, 1873, p. 17)

Emilie L..., 39 ans, porte une tumeur du sein droit. Elle s'est aperçue pour la première fois de son existence il y a 2 ans ; cette tumeur avait alors le volume d'une petite bille et jouissait d'une assez grande mobilité. Elle se développa peu à peu sans donner lieu à de la douleur ni même à de la gêne. Ce n'est que 3 semaines avant son entrée à l'hôpital que se manifestèrent des douleurs légères dans le sein et le bras correspondant.

Au moment où la malade est entrée à l'hôpital, on constate à la partie externe du sein droit une tumeur du volume d'un petit œuf, de consistance flasque, non fluctuante, un peu douloureuse à la pression, mobile sur les plans profonds mais adhérente à la glande. Vers le centre, la peau est un peu déprimée et immobilisée.

Dans l'aiselle, il existe 2 ganglions dont un du volume d'une grosse amande dépouillée de son enveloppe.

La marche lente de cette tuméfaction, l'adhérence de la peau, l'existence de douleurs, l'engorgement ganglionnaire fait porter le diagnostic de cancer.

Pendant l'opération, le bistouri ouvre une poche d'où sort une grande vésicule demi transparente, incomplètement remplie. Ablation de la partie de la glande voisine de la tumeur, car la paroi externe de celle-ci est dure et impossible à décortiquer,

Les ganglions sont laissés, car ils doivent être dus à une légère inflammation développée autour de l'hydatide.

C'est bien au milieu du tissu glandulaire que s'est développé le parasite. Ce tissu est très induré sur une épaisseur d'environ 1 centimètre sauf en dedans, là où des adhérences commençaient à s'établir avec la peau. La loge qui renfermait l'hydatide offrait, outre une cavité principale, un diverticulum en dedans. La paroi offre l'aspect d'un feutrage serré et d'une couleur un peu jaunâtre comme de la fibrine. Elle est rugueuse au doigt et paraît formée par l'entrecroisement d'un grand nombre de petites trabécules fibreuses.

Quant à l'hydatide elle est formée par une membrane entièrement dénuée de vaisseaux et n'ayant aucune connexion avec la poche qui la contenait.

Observation 19

Lauenstein

(Thèse de Gottirigue, 1874)

Femme de 48 ans ; 9 enfants. Depuis onze ans porte dans le sein droit une tumeur qui, pendant 8 ans, resta grosse comme un œuf de pigeon, puis s'accrut rapidement. Après 3 ans, elle s'ouvrit spontanément, laissant s'écouler avec son contenu liquide, 68 vésicules filles. Suppuration prolongée, guérison après 9 semaines.

Observation 20

Jonassen

(Jahrsbuch von Virchow-Hirsch 1877, T. II p. 17)

Fille de 34 ans ; dans l'espace de quelques années une tumeur s'était peu à peu développée dans le sein gauche. Lorsqu'on l'enleva on se trouva en présence d'un kyste hydatique contenant des têtes avec des crochets. Guérison rapide.

Observation 21

W. Gardner, d'Adélaïde, Australie

(Lancet 8 juin 1878)

Madame S..., mère de 5^e enfants vint en mars 1878 me consulter pour une tumeur du sein gauche qu'elle portait depuis 6 ans. Lorsqu'elle s'aperçut de l'existence de cette tumeur elle était grosse comme un pois et pouvait être mobilisée au-dessous de la peau. Elle augmenta progressivement de volume vers la fin de la 6^e année. Madame S.... souffrit de douleurs lancinantes dans le sein avec irradiations dans le creux de l'aisselle ; ces douleurs ne s'exagéraient pas la nuit. Il n'existait pas d'adénopathie axillaire ; au reste pas d'antécédents néoplasiques dans la famille.

Quelque temps auparavant j'avais eu à traiter sa servante pour une affection hydatique du foie (5 ou 6 kystes dont elle mourut), ce qui me fit penser à la possibilité d'un kyste hydatique, mais comme d'autres médecins, je conclus à un fibrôme kystique. Je conseillai l'ablation.

Une incision de 4 pouces de long permit d'arriver sur un kyste du volume d'un œuf d'oie ; il contenait 6 ou 7 vésicules filles. La base de la tumeur se trouvait située dans le muscle grand pectoral ; elle fut enlevée en entier avec la graisse avoisinante. La plaie fut badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc. Guérison par première intension.

Observation 22

Höppner

(Petersburger medic. Wochenschr., 1881)

Femme de 41 ans, pâle et de constitution faible, se présente à la clinique, le 24 décembre 1880, avec une tumeur grosse comme un œuf de poule située au bord externe de la mamelle gauche au-devant de la 3^e et de la 4^e côtes. La peau qui la recouvre a sa coloration normale, mais elle est presque adhérente. Pas d'adénopathie axillaire.

Il y a 6 ans, lorsque la tumeur fut pour la première fois constatée, elle avait le volume d'une noisette. Jusqu'en octobre dernier, elle n'avait causé aucune douleur ; à cette époque apparurent des douleurs lancinantes qui s'accompa-

gnèrent d'un accroissement de volume de la tumeur. Diagnostic : tumeur maligne.

L'extirpation proposée fut retardée jusqu'en janvier 1881. A ce moment, la tumeur était profondément fluctuante, grosse comme le poing, simulant un abcès froid sans rougeur de la peau. Douleurs violentes, pansements humides.

Le 22 février, rupture spontanée, écoulement de pus, très liquide, de membranes épaisses, ouverture agrandie qui facilite la sortie de pus et de vésicules transparentes dont le volume varie de celui d'un pois (une vingtaine) à celui d'une amande (une dizaine). Drainage.

Le 3 mars, élimination d'une capsule fibreuse, rosée. Guérison 3 semaines après.

Observation 23

Fischer Ernst

(Deutsche Zeitschrift für Chir., 1881, IV, p. 366)

Malade âgée de 21 ans, non mariée. Bonne santé habituelle ; réglée à 16 an. A l'âge de 17 ans elle remarqua dans le sein droit une tumeur du volume d'une châtaigne dure comme une pierre, ronde, mobile, insensible, même à une forte pression.

La malade suivit l'évolution de la tumeur avec assez d'attention pour affirmer que pendant 3 ans il ne se pro-

duisit aucune modification ; mais à partir de ce moment, apparition de douleurs spontanées, déchirantes, irradiées dans l'épaule et le bras. Au contraire, pas de douleurs à la pression.

Au printemps de 1881, la tumeur était grosse comme une pomme ; on diagnostiqua un adénome et l'opération fut momentanément retardée par la malade dont les douleurs avaient disparu ; mais en octobre elles revinrent.

Opération le 20 novembre. Guérison en 10 jours.

La tumeur enlevée était un kyste hydatique ainsi que le montra l'examen macroscopique et microscopique, pratiqué par Recklinghausen.

Observation 24

Lenzi

(Lo Sperimentale, 1885, I, p. 52)

(Traduction personnelle).

J'ai observé ce cas alors que j'étais étudiant :

Assnuta Zucchi, 25 ans, mariée, habitant Florence, entra à la Clinique chirurgicale de cette ville le 4 février 1878, au soir. Elle portait, depuis 18 mois, au sein gauche, une tumeur développée sans cause prédisposante ni occasionnelle, si ce n'est un coup qu'elle aurait reçu quatre mois auparavant. A cette époque, elle allaitait et à la suite du

coup, il se produisit une ecchymose, une tuméfaction douloureuse, phénomènes qui disparurent en très peu de temps.

Quatre mois après la contusion dont nous venons de parler, cette femme ressentit au sein une douleur qui n'était ni continue ni très forte et, y ayant porté la main, elle constata l'existence d'une tumeur grosse comme une noisette, mobile et dure. Cette tumeur alla en augmentant et fut le siège, de temps en temps, de légères douleurs. Les règles étaient normales.

La tumeur a le volume d'un œuf de poule, elle n'est pas adhérente à la peau ni au mamelon qui se laisse allonger comme celui du côté opposé ; elle fait un relief sur les parties voisines, mais elle ne s'isole pas très bien du reste de la mamelle dans laquelle elle est englobée. La surface est lisse, sa consistance élastique, plus au centre qu'à la périphérie. Pas d'engorgements des ganglions voisins. La tumeur est mobile sur les plans profonds.

Etant donné les caractères de la tumeur et l'âge de la malade, on porta le diagnostic de sarcôme kystique de la mamelle.

Le 10 février, au matin, après la chloroformisation, le professeur Corradi (?) pratiqua une seule ligne d'incision à la peau et, allant couche par couche, il arriva sur une paroi de couleur bleue nacréée. Il chercha à isoler complètement et à extirper entièrement la tumeur en tranchant même en plein tissu glandulaire. La tumeur était grosse comme un œuf de poule, tremblotante au moindre contact. On sutura et on mit un drain. Pendant deux soirs seulement, la température monta à 38° ; la plaie se cicatrisa presque par pre-

mière intention et le 3 mars la malade sort guéri de la clinique.

Le contenu du kyste était un liquide clair très fluide ; examiné au microscope, il contenait des crochets et des scolex ; la membrane était très fixe et présentait l'aspect strié caractéristique des parois des kystes à échinocoques.

Observation 23

Sýmonds

(Transact. of the pathol. Soc. London 1887 XXXVIII p. 448)

Tumeur enlevée du sein droit d'une femme mariée âgée de 30 ans. Elle s'en était aperçu il y a 2 ans ; depuis elle avait eu un autre enfant.

Le kyste était situé à la partie supérieure du sein, s'étendant jusqu'au mamelon. Il mesurait environ 3 pouces de haut en bas ; il était franchement délimitable et mobile sur les parties profondes. La peau qui le recouvrait était au voisinage du mamelon atteinte d'inflammation. Fluctuation manifeste. Une ponction retira le liquide caractéristique des kystes hydatiques, il était cependant quelque peu opalescent et ne contenait pas de crochets.

La tumeur fut extirpée après incision verticale ; la peau au voisinage du mamelon était infiltrée de pus ; le kyste était entouré d'une gangue inflammatoire épaisse ; le kyste parut transparent, il ne contenait pas de vésicules filles. Il semble bien que c'est là un exemple de cysticercus cellulosa.

Observation 26

Dubreuil (de Montpellier)

(Bulletins de la Société de chir. 9 avril 1890).

Femme de 44 ans, bien portante ; jamais de grossesse, pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Tumeur du sein droit ayant débuté il y a 7 ans à la partie supérieure de la mamelle.

Longtemps mobile sous la peau et indolore la tumeur est devenue douloureuse au contact il y a 2 mois, époque à partir de laquelle son accroissement a été rapide.

Actuellement, la tumeur est un peu plus grosse que le poing. En la palpant on sent qu'elle est ovoïde, à grand diamètre transversal et franchement fluctuante. La peau qui la recouvre a sa couleur normale et n'est pas adhérente. La paroi propre de la tumeur paraît épaisse et résistante sauf en un point de côté externe où sur une étendue grande comme la pulpe de l'index elle est considérablement amincie. Pas d'engorgement ganglionnaire.

Le 5 janvier, sur la partie interne de la tumeur, petite incision exploratrice d'où s'écoule une abondante quantité de pus dans lequel nagent des vésicules hydatiques. Il s'agit donc d'un kyste hydatique suppuré. Une contre'ouverture permet de passer un drain à travers la tumeur. Lavage à l'acide borique, pansement antiseptique et compression.

Pansement et lavages quotidiens, puis tous les 4 jours

à chaque pansement en plus du lavage boriqué, injection d'une solution de nitrate d'argent à 1 pour 50.

Le 20 février la malade était complètement guérie.

Je ne me dissimule pas que la cure a été longue, mais l'opérée ne conservera que de petites cicatrices, au lieu de la cicatrice bien plus étendue qu'aurait entraînée la dissection de kyste.

Observation 27

Bansi.

(Thèse de Greifswald, 1893)

Jeune fille de 23 ans, sans enfants, habite Greifswald depuis 4 ans ; auparavant elle habitait Rakow près de Grimmen. Elle a eu la rougeole et la scarlatine.

Elle a habité autrefois la maison paternelle où se trouvait un chien qui se tenait d'ordinaire à la cuisine près des ustensiles de cuisine, ce qui rend possible leur contamination par cet animal. Nourriture habituelle de la viande provenant d'une ville où des kystes hydatiques n'ont jamais été observés.

Il y a 2 ans tuméfaction indolore grosse comme un pois sur la partie antérieure gauche de la poitrine ; la malade croyait au contact habituel de son corset en ce point. Puis

légères douleurs qui vont en augmentant pendant que la tumeur s'accroît. Depuis environ un mois les douleurs dans la mamelle sont devenues plus violentes et sont accompagnées de malaise, céphalée, etc.

Entre à la clinique de Helferich à Greifswald le 19 juin 1893.

Teint anémique, corpulence moyenne; mamelles normalement développées, on apprécie facilement les limites de la glande. A gauche un gonflement d'aspect rond, siégeant dans le quart inféro-interne du sein, à peu près au milieu d'un rayon de la mamelle mais s'étendant un peu plus vers le mamelon que vers l'extérieur. Au-dessus la peau est mince, elle laisse percevoir une légère couche de glande qui doit recouvrir la tumeur. Celle-ci est franchement arrondie, grosse comme un œuf de poule, elle affecte un peu la disposition pyriforme à grosse extrémité externe. Consistance solide, élastique. C'était l'aspect d'un adénofibrome bien séparé de la glande; ce diagnostic fut du reste adopté.

Opération. — Après incision superficielle, la tumeur ouverte laisse écouler une grande quantité de liquide limpide; sa cavité est bien celle d'un kyste hydatique. On en fait l'ablation totale. Les parois du sac sont molles, elles peuvent facilement s'appliquer l'une contre l'autre, ce qui permet l'effacement presque total de la cavité. Tamponnement à la gaze iodoformée des parties qui ne peuvent s'accoler. Suture des bords du kyste à la peau, pas de drain, suites bonnes, 30 juin, ablation des sutures, le 20 juillet la guérison est complète.

Observation 28

Brindel

(Journal de médecine de Bordeaux, 25 février 1894).

Une femme, originaire du département des Landes, entrée à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. Dubourg, présente au niveau du sein droit, au-dessous et en dedans du mamelon, une tumeur grosse comme une mandarine, non adhérente à la peau et aux parties profondes, elle est dure et bosselée. Pas d'adénopathie axillaire. Le début de l'affection date de 4 ans ; il y a deux ans, à la suite d'une ponction qui avait donné issue à une certaine quantité de liquide clair comme de l'eau de roche, la tumeur, examinée à ce moment là par M. le professeur de Nabias, était franchement arrondie et fluctuante.

La ponction fut suivie d'un affaissement de la tumeur, mais elle recouvrit rapidement et dépassa son volume antérieur.

Au cours de l'ablation de la tumeur, du liquide limpide s'était écoulé et avait confirmé le diagnostic de kyste. L'ouverture de la tumeur a montré l'existence de vésicules, filles libres dans la cavité. Le kyste était développé en plein tissu glandulaire. A l'examen histologique, on a retrouvé deux couches distinctes ; l'un est la paroi propre du kyste, lamelleuse, l'autre est une paroi conjonctive où deux parties existent ; la plus externe est une couche conjonctive peu

dense qui limite la portion de la glande restée saine ; la plus interne est formée de tissu fibreux très dense et contient, outre des cellules disséminées, des éléments glandulaires dont la constitution est fortement altérée.

Le cas de Fischer, étudié par Recklinghausen est identique ; il ne permet pas plus que celui-ci, d'affirmer si l'hydatide s'est primitivement développée dans le tissu conjonctif ou dans les conduits glandulaires. Dans le cas actuel, seule la forme allongée de la tumeur serait en faveur de cette dernière opinion.

M Delbet, dans le traité de chirurgie de Duplay et Reclus, donne comme signe certain pour différencier les kystes hydatiques du sein d'avec les autres tumeurs bénignes, la forme arrondie et la régularité de la tumeur. Or, ici, une disposition contraire existait ; c'est un des points les plus intéressants à signaler.

Observation 29

Leleux

(Echo médical du nord, 25 avril 1897)

M^{me} X..., 52 ans, pluripare, d'excellente santé générale, vient nous consulter au commencement de l'année pour une tumeur qu'elle porte au sein droit depuis vingt ans, qui ne l'a jamais gênée, mais qui depuis un an devient un peu douloureuse et augmente de volume. Elle n'a pas maigri, sa

santé est très bonne, il n'y a que de la douleur locale mais pas d'irradiations douloureuses.

A l'examen nous constatons que le sein droit est légèrement bosselé dans sa moitié inférieure ; à ce niveau la peau quoique de coloration normale est un peu plissée, presque chagrinée.

A la palpation et en essayant de bien limiter les contours de la glande et le volume de la tumeur on constate :

1° Que la tumeur a le volume d'un gros œuf de poule ; qu'elle est indolore, lisse, non mamelonnée, de consistance élastique, presque résistante, qu'elle donne au doigt une vague sensation de fluctuation.

2° Qu'elle est en pleine glande avec laquelle elle fait corps et dont on ne peut la détacher, quoique superficielle.

La peau y adhère en un point ce qui explique son aspect un peu plissé.

Nous examinons l'aisselle, et après des recherches minutieuses nous finissons par sentir un petit ganglion caché sous le grand pectoral, douloureux à la pression.

Nous interrogeons la malade ; la tumeur date de vingt ans ; elle avait au début le volume d'une noisette ; elle n'a jamais été modifiée par les nombreuses grossesses de la malade. La malade ne s'est jamais contusionné le sein et ne peut par conséquent faire remonter à un traumatisme le début de l'accident.

La malade ne tousse pas et ne présente aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Devant les signes données par l'interrogation et l'examen nous posons le diagnostic ; adénome kystique de la

mamelle et nous proposons à la malade une intervention qui est acceptée.

Opération le 3 avril 1897 avec l'aide du Dr Sœkeel. Narcose chloroformique précoce. Incision en tranche de melon classique pour l'ablation du sein, nous réservant plus tard de la prolonger du côté de l'aisselle de manière à en faire une raquette.

Avant de prendre le bistouri nous recherchons de nouveau le ganglion que nous ne pouvons retrouver malgré les facilités que nous donne l'anesthésie pour déprimer la peau de la région et fouiller profondément. Le sein est enlevé largement, sans incident, le bistouri rase de très près et entame même l'aponévrose du grand pectoral. Avant de faire l'ouverture de l'aisselle l'un de nous prend le sein enlevé ; il constate que la tumeur est bien développée dans la glande, qu'elle est alors nettement fluctuante ; il incise la tumeur suivant son grand axe et il s'écoule aussitôt un liquide clair, limpide, tenant en suspension une quantité de corps de volume différents mais prenant dans le liquide, où ils flottent, l'aspect de grains de raisin blancs.

Il s'agissait sans nul doute d'un kyste hydatique et de vésicules filles. La paroi du kyste était épaisse, blanche, avec des places un peu opaques, granuleuses. Nous avons retrouvé des crochets dans le liquide.

L'examen anatomo-pathologique microscopique n'a pas été fait malheureusement ; il n'y avait pas cependant d'hésitation possible sur le diagnostic confirmé par l'état de la poche, le liquide, les vésicules spéciales et la présence de crochets.

Devant cette trouvaille clinique, l'examen de l'aisselle

n'avait plus la même importance. Nous ne trouvons pas de ganglions. Suture au crin de Florence, pansement aseptique. A l'heure actuelle la malade est tout à fait guérie.

Observation 30

(Résumé)

Goinard et Sergent

(Archives provinciales de chirurgie, novembre 1897)

25 ans, 3 enfants, 2 fausses couches.

Pendant l'allaitement du 3^e enfant en 1894, elle constata dans le sein gauche une grosseur du volume d'une noisette : A l'occasion d'une nouvelle grossesse terminée, par une fausse couche la tumeur augmente.

Un an plus tard nouvelle grossesse, nouvelle fausse couche, nouvelle poussée de la tumeur. Depuis un an, elle s'est ouverte et il persiste des trajets fistuleux.

La malade présente un mauvais état général dû probablement à la tuberculose.

La tumeur est irrégulière, de consistance inégale, paraît lobulée ; la rétraction du mamelon est accusée ; la peau est mobile ; fluctuation évidente à la partie supérieure de la tumeur. La tumeur est mobile mais entraîne la glande mammaire. Il existe des ganglions axillaires. On pense à de la mastite chronique suppurée. Extirpation.

Il s'agit d'un kyste à prolifération exogène du volume

d'une orange, le liquide renferme de nombreux scolex, — au niveau du point ulcéré il existe des fongosités d'aspect tuberculeux.

Au voisinage du kyste, la glande mammaire a réagi ; une partie présente de la dégénérescence graisseuse mais le reste paraît avoir une vitalité plutôt exagérée. Ce qui frappe surtout en effet c'est le grand nombre des conduits glandulaires. La coupe paraît provenir d'une glande en pleine activité. Cette prolifération épithéliale est due sans doute à la présence du kyste ayant agi comme une épine et déterminé une irritation sur les éléments glandulaires situés à son contact.

Pas d'hypertrophie du tissu cellulaire dans les acini du voisinage, mais dans la paroi même de la tumeur enlevée il y a du tissu fibreux sans trace de glande avec de petits kystes hydatiques. Les vésicules filles sont à l'extérieur du gros kyste. Il s'agit donc d'un kyste hydatique exogène.

Il y a eu influence manifeste de la grossesse et de l'allaitement sur le développement du kyste ; à 2 grossesses successives il y a eu poussée nouvelle.

Le diagnostic n'avait pas été fait, car contrairement à l'avis de M. Delbet, la tumeur était irrégulière. On pensa à une mastite chronique car il s'agissait d'une tumeur qui, développée chez une jeune femme pendant la lactation, avait été influencée par 2 grossesses successives, était restée stationnaire pendant 2 ans 1/2, faisait partie de la glande et avait suppuré en s'accompagnant de ganglions axillaires.

Observation 31

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédénat de Montpellier

Kyste hydatique uniloculaire du sein droit. Excision de la poche kystique. Réunion immédiate

Zoé N..., 27 ans, bonne santé habituelle, bien réglée. Mariée depuis 3 ans, sans grossesse.

Il y a une dizaine de mois la malade s'aperçoit de l'existence dans la partie supéro-externe du sein droit d'une tumeur arrondie, mobile, indolore. Un médecin lui conseille l'application, qui est continuée pendant deux mois, d'une pommade à l'iodure de plomb. La tumeur grossit peu à peu. Indolore jusqu'à il y a un mois, elle devient alors le siège de tension pénible et son volume augmente rapidement.

3 mai 1891. — M. Tédénat trouve une tumeur arrondie, impossible à séparer de la glande mammaire, dure, sans fluctuation nette, la peau reste lisse, bien que tendue elle n'adhère pas à la tumeur. Mamelon mobile, saillant, non rétracté. Pas de ganglions axillaires.

L'existence d'un kyste est affirmée à cause de la rénitence, de la forme arrondie et lisse, d'une vague fluctuation.

5 mai. — L'excision de la poche est pratiquée. Elle se fait dans un tissu scléreux, peu vasculaire. Réunion immédiate. La poche contient 200 grammes de liquide gris clair et une dizaine de vésicules tendues non flétries.

La malade n'avait jamais eu d'urticaire ; le frémissement hydatique ne fut jamais perçu au cours des examens attentifs faits par M. Tédénat.

Observation 32

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur Tédénat et
recueillie par M. Spatharos.

Kyste hydatique de la mamelle à trois poches distinctes

Madame Jeanne R..., 33 ans, bien réglée, bonne santé générale, a nourri deux enfants. Jamais de mammite.

Il y a deux ans à la suite d'une contusion légère la malade éprouve quelque pesanteur dans le sein gauche. Un médecin consulté trouva quelques nodules qu'il attribua à de la congestion ; il conseilla l'iodure de potassium à l'intérieur et des bandages compressifs. Aucun résultat, M. Thédénat a été consulté le 10 juillet 1892. Au dire de la malade le sein augmente de volume rapidement depuis 3 ou quatre mois ; il est le siège de tension parfois d'élancements qui s'irradient le long des deuxième et troisième espaces intercostaux.

M. Tédénat note : Bosselures au nombre de trois fixées entre elles mais mobiles sur la peau et sur le muscle. Elles font corps avec la partie inféro-externe du sein ; lisses, fortement tendues, rénitentes. Le diagnostic porté est adénome peut être en transformation kystique à cause de l'augmen-

tation rapide de volume. Ganglion axillaire mobile, plutôt mou que dur, douloureux à la pression.

15 juillet. — Incision sur la tumeur qui a en tout le volume d'une mandarine. Un flot de liquide clair s'échappe avec trois grosses vésicules flasques. La cavité du volume d'une noix est limitée par une coque fibroïde épaissie qui est râclée et en partie excisée. Les deux autres loges chacune distincte et limitée par un tissu scléreux diffus sont incisées le liquide est clair et contient plusieurs vésicules. Excision partielle de la paroi kystique. Réunion de l'incision cutanée en réservant la place d'un mince drain dans chaque poche.

18 juillet. — Les drains sont enlevés, pas de fièvre, pas d'inflammation du foyer opératoire.

23 juillet. — Réunion de la ligne de suture. Guérison parfaite le 29 juillet.

Dans ces deux cas les kystes étaient inclus dans le tissu mammaire et sans aucun rapport avec le muscle grand pectoral.

Observation 33

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Junior-Vitrac, chef de clinique chirurgicale de la Faculté de Bordeaux. (Soc. Obst. de Gynécologie de Bordeaux 1897.)

Recueillie dans le service de M. le Professeur Lannelongue.

Marie L..., 21 ans, entrée à l'hôpital St-André, de Bordeaux, salle 8, lit 23. Service de M. le Professeur Lannelongue pour une tumeur du sein gauche.

Cette femme habite St-Julien, dans les Landes ; elle n'a pas habituellement de chiens auprès d'elle. Aucun antécédent héréditaire ou personnel digne d'intérêt.

Premières règles à 15 ans, puis à 18 ans accouchement normal d'une petite fille.

La malade a allaité son enfant durant deux ans. Durant cette période, elle n'a constaté rien d'anormal du côté des seins.

Au mois de Décembre 1895, Marie L..., remarque par hasard la présence d'une masse indurée dans son sein gauche à la partie supéro-interne et à 3 cent. environ du mamelon ; cette tumeur était arrondie, de la grosseur d'une noisette, mobile et absolument indolore. Elle grossit peu en s'étendant surtout vers la partie supérieure de la mamelle. Au bout de trois mois, elle était grosse comme une noix, au

bout de cinq mois comme une mandarine. Elle commença alors à se bilober et la malade ressentit des douleurs sourdes à la pression.

Le développement de la tumeur continua à se faire ainsi d'une façon lente jusqu'à ce jour.

Sur les conseils de son médecin la malade entra à l'hôpital.

L'état général est bon, la menstruation est normale et régulière. A la vue l'on constate que le sein gauche fait une saillie plus élevée que le sein droit, la coloration de la peau est normale.

Le mamelon est semblable à celui du côté opposé. Il existe deux bosselures arrondies dont l'une se trouve à la partie supérieure du sein, sur une ligne verticale passant par le mamelon et dont l'autre se trouve à la partie interne sur une ligne horizontale passant par le même point. Entre les deux saillies, légère dépression. A la palpation on reconnaît une masse indurée bilobée. Cette tumeur présente à sa surface de petites bosselures qui ont une consistance élastique. Elle n'a pas d'adhérences avec les parties profondes, elle se déplace, pivote sur elle-même, fuit entre les doigts comme le noyau d'un fruit.

Elle n'a pas de connexions très intimes avec la glande mammaire que l'on peut séparément mobiliser, les tractions sur le mamelon n'entraînent pas la tumeur ; elle paraît encapsulée.

La peau est libre à sa surface et glisse facilement sur elle. Le mamelon est libre ; quand on le presse entre les doigts on ne voit sortir aucun liquide.

La tumeur a une consistance résistante dans son ensem-

ble ; mais dans chaque lobe les extrémités sont plus molles et nettement fluctuantes.

Pas de ganglions de l'aisselle. La pression ne cause pas de douleur.

Cette tumeur est constituée par deux lobes de la grosseur d'un œuf de poule environ, qui sont réunis par une portion rétrécie.

Ils répondent aux saillies que l'on remarque à la surface de la peau. Le lobe inférieur est un peu plus gros que le supérieur, tous les deux ont une surface convexe présentant de petites bosselures.

Dans son ensemble la tumeur à la forme d'un 8 dont le grand axe serait dirigé obliquement de bas en haut, et de dehors en dedans et vient passer à 1 cent. au dessus du bord inférieur du grand pectoral au niveau du creux axillaire. Le plus grand diamètre mesure 9 cent. à peu près (horizontal) ; le diamètre vertical maximum est de 6 centimètres, 4 cent. 1/2 seulement au niveau de la partie rétrécie.

Le diagnostic fut adénofibrome kystique, la partie centrale étranglée répondant aux éléments propres de la tumeur suppurée, et les deux bosselures répondant aux cavités kystiques.

Comme Marie L..., habitait les Landes, région qui fournit presque tous les kystes hydatiques observés à Bordeaux, l'idée de la possibilité d'une pareille affection pouvait naître, en raison du développement excessif des parties kystiques de la tumeur. Toutefois ce diagnostic ne fut pas nettement formulé :

Opération. — Le 24 mars 1897, après incision, M. Lane-longue, arrive sur la tumeur. Une membrane mince, trans-

parente laisse voir le liquide à chacune de ses extrémités ; mais dans la partie étranglée, la consistance est nettement dure.

Les adhérences avec la glande étaient tellement intimes, que pour enlever la totalité de la tumeur, il a fallu réséquer une partie de la glande. Sutures de celle-ci aux catguts, sutures cutanés sans drainage. Douze jours après, Marie L..., guérie quittait l'hôpital.

Vue par transparence, la tumeur semblait en totalité remplie par un liquide limpide, formée par conséquent d'une seule cavité kystique qu'entourait en produisant un étranglement partiel, une portion de la glande mammaire. Le liquide fut examiné aussitôt au baloratoire de la clinique et les coupes histologiques de la tumeur ont été pratiquées dans la suite, ce liquide était clair comme de l'eau de roche, avec un léger dépôt. Dans ce dépôt existaient avec de nombreux corpuscules calcaires, des têtes d'échinocoques pourvues de leurs crochets. Très peu de crochets libres ; pas de vésicules filles.

La poche kystique extérieurement est lisse, finement vascularisée, avec quelques globules graisseux qui lui sont accolés. Mais dans la moitié inférieure (lobe interne) de la masse, la poche est au contraire entourée par une gangue fibro-graisseuse, épaisse, plus ou moins adhérente, à laquelle s'ajoutent, dans la partie rétrécie, des débris de la glande mammaire.

La consistance de la poche est molle dans ses parties amincies, sauf sur quelques points où elle est infiltrée de dépôts calcaires. La paroi interne est composée d'une membrane feuilletée, blanchâtre, molle qui se détache très facilement des plans sous-jacents. Par place elle se déchire, laissant

des îlots calcaires extrêmement minces. Ces dépôts sont apparus du reste beaucoup plus abondants dans les examens qui ont été faits après déshydratation dans l'alcool ; à la place de la lame feuilletée on ne retrouvait plus que des débris calcaires enroulés sur eux-mêmes, tout à fait semblables à des fragments de coquilles d'œuf.

La poche, vue par sa face interne, est composée de deux parties très inégales qui communiquent entre elles par un goulet où le doigt s'introduit facilement. Pas de diversion et pas de prolifération exogène de l'hydatide.

Des coupes microscopiques ont été pratiquées, les unes peu de temps après l'ablation de la tumeur, les autres après durcissement. Dans les premières seulement, la membrane stratifiée caractéristique est restée visible ; dans les autres elle n'a pu être conservée, remplacée qu'elle était par une mince couche calcaire détachée des plans sous-jacents et difficile à fixer dans les coupes.

Les diverses couches superposées sont en allant de la cavité kystique à la périphérie (les points chotsis ont été ceux où persistait du tissu glandulaire).

1°) Une couche formée de lamelles réfringentes disposées au nombre d'une cinquantaine approximativement et formant une épaisseur d'un demi-millimètre ; c'est la paroi propre de l'hydatide.

2°) Une couche de même épaisseur formée de tissu conjonctif extrêmement densifié. L'absence de vaisseaux, la rareté des éléments cellulaires et la disposition uniforme du tissu conjonctif dans cette partie de la coupe rappellent les fibromes lamelleux.

En quelques points, contre la membrane hydatique, on trouve de petits îlots de granulations fortement colorées.

3° Une deuxième épaisseur conjonctive est intermédiaire à la précédente et au tissu glandulaire. Elle est formée par du tissu conjonctif plus lâche avec de nombreux vaisseaux et des cellules peu volumineuses assez abondantes, disséminées ou agglomérées.

En certains endroits, des ilots graisseux; en d'autres endroits, entourées d'une zone conjonctive plus épaisse, des amas de cellules plus volumineuses que les précédentes; quelques unes paraissent disposées en ordre ou même circoncrire un espace libre; ce sont là sans doute les vestiges d'acini ou de tubes glandulaires disparus.

4° Le tissu glandulaire. Suivant les régions examinées, les culs de sac sont absolument normaux, ou bien dans leur lumière les cellules épithéliales sont déformées, quelquefois tassées par suite d'un léger degré de prolifération.

Autour des éléments glandulaires, acini ou canaux, le tissu conjonctif est par endroits très abondant. Cette sclérose périglandulaire a du reste une disposition irrégulière; elle ne paraît pas beaucoup plus accusée dans le voisinage du kyste. Au contraire, on la retrouve plus nette encore autours de certains canalicules qui sont très dilatés et déformés en même temps. Ce caractère joint à l'hyperplasie conjonctive péricanaliculaire rappelle ici l'aspect de certains fibromes du sein.

En résumé il y a un léger degré d'irritation de la glande se traduisant par l'hyperplasie conjonctive beaucoup plus que par les altérations de l'épithélium glandulaire. Les douleurs ressenties depuis quelques temps par la malade en étaient l'expression.

Il est probable que l'étranglement survenu dans la tu-

meur a été provoqué par la résistance plus intense offerte par le tissu de la mamelle en un point seulement alors que la glande se laissait ailleurs repousser.

Dans l'histoire de Marie L... en effet l'apparition de la douleur et celle de la déformation du kyste étaient bien contemporaines.



CONCLUSIONS

I. — Les kystes hydatiques du sein sont très rares. Aux 24 observations déjà recueillies par M. P. Delbet dans son article très complet du traité de chirurgie de Duplay et Reclus, nous avons pu ajouter 9 cas nouveaux. Les opérations pratiquées en plus grand nombre, et d'une manière plus précise sur la glande mammaire permettront vraisemblablement d'augmenter le chiffre des faits de kystes hydatiques du sein. En France, les régions du Midi, et en particulier les Landes, paraissent en fournir le plus grand nombre de cas.

II. — Les kystes se développent dans le tissu conjonctif inter-acineux ; les échinoques étant transportés là par la voie sanguine : ils sont toujours ou presque toujours la manifestation isolée de l'infection parasitaire. Autour des kystes, en général peu volumineux, il se fait un travail de sclérose péri-glandu-

laire. Cette réaction est précoce, si on en croit la clinique.

L'anatomie pathologique n'est connue que par quelques analyses trop peu nombreuses.

III. — Evolution chez une femme ayant en général allaité, lenteur du début, douleurs initiales légères, presque constantes ; tumeur résistante, puis fluctuante quand elle a acquis un certain volume ; dureté du sein autour du kyste, voilà quels sont les signes habituels de la maladie. Les vieux kystes suppurent fréquemment.

IV. — Pour faire le diagnostic, la constatation du frémissement et les renseignements fournis par la ponction sont les caractères les plus importants, ou même les seuls importants. En présence d'une tumeur à marche lente, développée chez une femme native d'une région où les kystes hydatiques sont assez fréquents, (Landes en France) il ne faudrait pas manquer de les rechercher.

Ils sont d'autant plus importants que le kyste hydatique, quand il est accompagné d'adénopathie ou d'ulcérations, simule volontiers le cancer.

V. — Pour établir un pronostic favorable, il suffit de s'assurer que les autres viscères (foie et poumon principalement) sont absolument indemnes.

VI. — L'amputation partielle cunéiforme du sein est la méthode de choix.

On pourrait dans le cas d'un kyste franchement uniloculaire et chez une femme jeune lui substituer la ponction suivie d'injection d'une solution de sublimé au 1/1000°.

Vu :

Le Président de la Thèse,

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

TILLAUX.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Berard. — Diag. diff. des tumeurs du sein, Paris 1842, p. 81.

Bansi. — Thèse de Greifswald 1893.

Bermond. — Gazette des Hôpitaux 1860, p. 270.

Birkett. — Of the breast et the Lancet 2 mars 1867, p. 263.

Bergmann. — Dorpater med. Zeitschrift 1871 II p. 73.

R. Blanchard. — Traité de zoologie médicale.

Brindel. — Journal de médecine de Bordeaux 25 février 1894.

Byrant. — Trans. of the path. Soc. of London 1866 p. 27.

Bransby Cooper. — Guy's hosp. Report. octobre 1846.

A. Cooper. — Œuvres chirurg. (Traduction Chassaignac et Richelot).

Cruveilhier. — Diction. en 30 vol. Article Acephalocystes.

Dupuytren. — Revue méd. française et étrangère 1829 I p. 359.

Dubreuil (de Montpellier). — Bulletin de la Soc. de Chir. 9 avril 90.

P. Delbet. — (Duplay et Rœclus) Traité de chir. T. VI,

Fischer. — Deutsche Zeitschrift für Chir. 1881 XIV.
p. 366.

Forster Cooper. — Guy's Hosp. Report. 1856.

Gerdy. — Bull. Acad. med. 1844-45 p. 517.

G. Franceschi. — Bull. des sciences méd. ital. 1883.

Gardner. — The Lancet 1878 I p. 851.

Goinard et Sergent. — Arch. provinciales de chir.
novembre 1897.

M. Henry. — The Lancet 23 nov. 1861 T. II p. 497.

Hoppener. — Semaine Méd. de St-Petersbourg 1881
n° 51.

De Haen. — Tome III, VII p. 322.

Ionassen. — Jahresb. von Virchow-Hirsch 1877. T. II.
p. 219.

Lauenstein. — Thèse de Göttingen 1874.

Le Dentu. — Gaz. méd. Paris 1873 p. 17.

Leleux. — Echo médic. du nord 25 avril 1897.

Lenzi. — Lo sperimentale 1855 p. 47.

Léopold Landau. — Archiv. für Gynék. T. VIII p. 350.

Malgaigne. — Gaz. des hôp. 1853 p. 356.

Moutet. — Annales de la clin. de Montpellier 1856 p. 14.

Roux. — Journal général de Méd. de Sédillot 1819. T.
XLVII.

Symonds. — Trans. of the path. Soc. of London 1887
p. 448.

Schneep. — Thèse de Breslau 1875.

Velpeau. — Traité des maladies du sein p. 364.

Vitrac. — Société de gynécol. et obst. 11 mai 1897.

Withe. — Lancet 1838-39 T. XXXVI p. 216.

